

問診票

☆風邪症状のある方は、専用の問診票があります。

フリガナ	男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和（才）		
お名前			年	月	日生
住所 〒		電話番号	自宅		
			携帯		

1. 本日はどうなさいましたか？（具体的にお書きください）	
..... 	
2. その症状は、いつからですか？	月 日頃から 日前頃から
3. その症状で、他の病院を受診されたことはありますか？	☐ はい ↳ 紹介状をお持ちでしたら、受付へご提出ください。 ☐ いいえ
4. 今まで大きな病気やケガ、または現在治療中の病気などがありますか？	☐ はい ↳ わかる範囲で以下にお書きください。 () ☐ いいえ
5. 現在、飲まれているお薬はありますか？	☐ はい ↳ お薬手帳を受付へご提出ください。 ない場合は、わかる範囲で以下にお書きください。 () ☐ いいえ
6. アレルギーはありますか？	☐ はい ↳ (お薬 食品 他) ☐ いいえ
7. 現在、妊娠の可能性はありますか？または授乳中ですか？	☐ はい ↳ (妊娠 週) ☐ 授乳中 ☐ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※記入が終わりましたら、受付へお持ちください※